45e Année. — N° 21. Vendredi 27 Mai 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Contribution à l'étude de l'hérédité seconde en syphilis (réponse à M. Buret), par M. Jullien, 324. — **Médecine publique** : Un point de prophylaxie des maladies contagieuses dans les Bureaux de bienfaisance. Les bains réglementaires après les fièvres éruptives, par le Dr Séailles, 325. — **Bibliographie** : Traité médico-chirurgical de gynécologie, par MM. Labadie-Lagrave et Félix Legueu, 327. — **Revue de la presse** : Extraction d'un volumineux calcul urinaire développé dans le vagin, 328. — **Académie des sciences** : *Séance du 16 mai* 1898. Présidence de M. Wolf. — Agglutination du bacille de la tuberculose vraie, 328. — Insertion, sous forme de revêtement épithélial continu, des pieds des fibres névrogliques sur la limitante marginale d'un névraxe adulte, 329. — Des verres périscopiques, 329. — **Académie de médecine** : *Séance du 24 mai* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Causes et traitement de l'érythème polymorphe, 330. — Avantages des collyres huileux, 331. — Endodiascopie, 331. — Prophylaxie de la tuberculose, 331. — Imperforation de l'anus; anus contre nature ; guérison, 331. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 20 mai* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Méningite cérébro-spinale épidémique, 331. — Dysostose cléido-cranienne héréditaire, 332. — Cancer du canal thoracique, 332. — Syndrôme de Erb (myasthénie), 332. — Hypérostose névritique, 332. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du 9 mai* 1898. Présidence de M. Tripet. — Tumeur érectile considérable de la langue ; guérison spontanée, 332. — Des accidents produits par les ascarides, 333. — **Société de chirurgie** : *Séance du 25 mai* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Psychoses opératoires, 333. — Hystérectomie vaginale, 333. — Kyste hydatique du poumon, 334. — Corps étranger de la vessie, 334. — **Variétés** : Divorce et suicide, 334. — **Nouvelles**, 335.

SYPHILIGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'hérédité seconde en syphilis,

Par M. Jullien.

En venant répondre à M. Buret sur la question de l'hérédité seconde, je le remercie d'avoir déblayé le problème et d'avoir réduit la matière en discussion à quelques points d'interrogation fort précis. Avec une bonne foi parfaite et cette clarté, qui est pour ainsi dire sa marque de fabrique, notre collègue ne repousse aucun de mes arguments, mais il souhaite des observations sindiscutables. Nous comprenons avec lui que, pour édifier ce chapitre nouveau, les hypothèses doivent être bannies, non pas complétement, mais le plus possible, l'hypothèse guidée par l'analogie et le raisonnement ayant sa place dans les chemins vers la lumière. Au reste, je répéterai avec lui : dans ce débat nous ne voulons l'un et l'autre que faire progresser l'état de nos connaissances ; si la demande est subtile et si la réponse est souvent faite de distingo, c'est que nous évoluons au milieu de grandes ambiguités, et que les faits eux-mêmes ne sont rien sans l'interprétation. En les pesant, en les tournant et retournant, nous n'avons M. Buret et moi que le seul souci de dégager quelque lueur de cette pénombre.

Voyons donc les termes auxquels le problème a été réduit par la discussion antérieure. Mon argumentation, si vous voulez bien vous le rappeler, pouvait se résumer en un syllogisme. Le syphilitique tertiaire peut produire l'hérédité ; or le fils du syphilitique est souvent un tertiaire, donc le fils du syphilitique peut à son tour produire l'hérédité, d'où hérédité seconde.

Elargissant le débat, et très sceptique à l'égard d'une transmission spécifique à une période si avancée, M. Buret pose trois questions auxquelles je vais m'efforcer de répondre :

I. *La syphilis tertiaire est-elle transmissible directement à un sujet sain?* — Messieurs, nous souffrirons longtemps de cette fatale division de la syphilis en 3 étages, commode, certes, pour les descriptions mais si peu conforme à la réalité. Aux yeux des profanes et de beaucoup de médecins, il existe une barre que le malade franchit, plus ou moins péniblement, vers la troisième année, et qui sépare les secondaires des tertiaires. Assurément, cela est très faux.

Appelez ces périodes contagieuse et organique, comme Buret, virulente et toxinique comme Sibut, vous n'avez fait que changer l'étiquette, et le principe même reste litigieux, puisque le substratum de toute lésion est toujours le syphilôme infiltré, diffus ou circonscrit. Et alors nous voyons se produire ces disquisitions sans fin possible sur les manifestations que l'on appelle tertiaires mais qui pourraient bien n'être que secondaires, parce qu'on ne sait pas bien si elles sont venues à la fin d'une période ou au commencement de la suivante, ce que l'on ne saura d'ailleurs jamais, la nature n'aimant pas à faire de sauts, comme le disaient avec naïveté nos anciens. C'est même pour cela

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 14 mai 1898.

que des observateurs, qui en valent bien d'autres, ont inventé le groupe des accidents secondo-tertiaires qui participeraient aux facultés vénéneuses des précoces et destructives des tardifs. Ecthymas, rupias, tubercules, gommes en miniature, pustulo-crustacés, infiltrats pacifiques ou redoutables, phagédéniques, térébrants ou mutilants, par quel artifice de langage, quelle logomachie de nomenclature est-on arrivé à les placer à droite ou à gauche de la fatale barrière? Clinique ou anatomique, est-il un signe qui permette, en dehors de l'impression personnelle, à tous les observateurs, de placer un cas donné à un degré toujours le même de cette échelle conventionnelle? M. Buret est trop bon nosographe pour répondre affirmativement. Et cela est si vrai que le hasard de l'amphithéâtre m'ayant mis en présence d'une dermatose spécifique, je l'ai soumise à M. Buret à la fin d'une de nos dernières séances, lui demandant ce qu'il en faisait, et que notre collègue a longuement hésité pour l'attribuer à la phase secondaire ou tertiaire. En cela il avait raison, mais le point intéressant, c'est que ce morceau de peau avait été prélevé sur le corps d'une femme morte dans mon service de ramollissement cérébral, après avoir été guérie d'une gomme dont la place était encore parfaitement visible. Si viscéralement elle était tertiaire au plus haut point, par ses manifestations cutanées elle était au moins douteuse.

Et c'est en effet ce que nous voyons bien souvent quand la syphilis, cette grande capricieuse, rebrousse chemin en faisant fleurir une roséole après des ulcérations et des gommes, ou qu'elle expose en même temps les lésions les plus disparates sur un même sujet. Voilà pourquoi la question relative à la contagiosité des accidents tertiaires est on ne peut plus délicate à trancher, puisque l'incertitude profitera toujours au sophiste qui pourra dire : « Vous nous donnez ce cas de rupia ou d'ecthyma profond, voire de gomme, comme contagieux, or ce n'était pas de la syphilis tertiaire, mais de la secondaire tardive. Et nous savons que les manifestations les plus franchement secondaires, les plus incontestablement virulentes et transmissibles, ont été quelquefois observées plus de 20 ans après le chancre. Barthélemy, Balzer, Tarnowsky en ont rapporté de nombreux cas. »

Quoi qu'il en soit, et toutes ces réserves faites, on ne peut nier qu'il existe de sérieux arguments en faveur de cette contagiosité, sous certaines conditions et dans des circonstances que je crois exceptionnelles, et je dirai avec Balzer : « On admet que les lésions néoplasiques de la période tertiaire cessent de contenir le virus à l'état contagieux, mais il serait imprudent de faire de nouvelles expériences à ce sujet, surtout si l'on voulait les tenter dans la période de formation des néoplasies tertiaires et non au moment de leur dégénérescence et de leur ramollissement, comme l'ont fait Diday et Finger. » En 1889, Landouzy apporte la première observation qui fait brèche : un homme se marie après 20 ans de syphilis, et peu de mois après contagionne sa femme par l'intermédiaire d'une ulcération de la verge franchement gommeuse suivant l'opinion de M. Landouzy et de M. Fournier. Ce dernier rapporte un second cas, dans lequel un syphilitique marié, à la 13e année, prend une glossite scléreuse et donne un chancre labial à sa femme; puis un troisième de contagion par une syphilide tertiaire de la verge après 14 ans. Une quatrième observation de M. Landouzy nous montre un chancre amygdalien engendré par une glossite tertiaire. Continuons cette énumération. Un cordonnier, ayant eu le chancre il y a 15 ans, vient chez M. Lassar avec une syphilide tuberculo-gommeuse ulcérée des lèvres, et lui amène sa fillette âgée de 5 ans atteinte d'une syphilis secondaire précoce. Un malade de Paul Claisse se marie à la 18e année, prend un tubercule gommeux sur la commissure droite et infecte sa femme par un chancre de la lèvre inférieure. Je n'insiste pas sur ces observations et l'interprétation qu'il convient de leur donner, et je prie ceux que la question intéresse de se reporter à l'excellente thèse de Tarassévitch (Paris, 1897, n° 444); les nombreux documents qui s'y trouvent rassemblés les amèneront, j'en suis sûr, à répondre comme je réponds moi-même à la question de M. Buret. La syphilis tertiaire est quelquefois transmissible directement à un sujet sain.

II. — La deuxième question posée par notre collègue est la suivante : *La syphilis arrivée à la période tertiaire est-elle transmissible à l'enfant par voie d'hérédité.* — Établissons d'abord que cette question est bien différente de la précédente, car en syphiligraphie, qui dit transmission héréditaire ne dit pas forcément contagion. On sait que le sperme d'un syphilitique ne donne pas la vérole par inoculation, tandis que nous le voyons tous les jours la transmettre par conception. En admettant donc que la première question eût reçu une réponse négative, la seconde ne serait pas forcément tranchée dans le même sens.

Eh bien, je dis qu'il ne saurait y avoir la plus petite hésitation pour répondre par l'affirmative.

Tout syphiligraphe voit des femmes qui n'ont souvenir d'aucun accident, qui ont été contagionnées à la sourdine dans le lit conjugal, soit par un chancre, soit par une grossesse, et par la suite sont éprouvées par de nombreuses fausses-couches, puis par la naissance d'enfants cachectiques ou inviables. Elles subissent l'imprégnation spécifique et en imprègnent le produit de la fécondation jusqu'au jour où le traitement mercuriel leur est prescrit. Alors elles portent à terme, alors elles peuvent devenir mères. Sont-elles secondaires ou tertiaires, celles-là? Nul ne le sait, elles n'ont jamais eu d'accident, elles sont syphilitiques en puissance, syphilitiques virtuelles et c'est assez. Et cela dure pendant des années. Croyez-vous que si elles avaient présenté une gomme leur sort serait différent, et que cet accident, les affirmant tertiaires, eût mis un

terme à cette fatale hérédité? Non certainement, et cette seule considération suffirait, à mon avis, pour autoriser la réponse que je dois faire à la deuxième question de mon collègue.

Mais à côté de cet argument d'induction, il en est d'autres plus précis, fournis par l'observation même. Je dois à l'obligeance de mon excellent collègue, le Dr Ozenne, les deux faits suivants que je reproduis tels qu'il a bien voulu me les transmettre.

Observation I. — *Hépatite syphilitique chez un nouveau-né. Mort.* (Dr Ozenne). — Mme X..., 35 ans, multipare. 10e grossesse menée à terme. Enfant vivant bien portant.

14 janvier 1891. Six semaines après, l'enfant commence à dépérir et peu à peu à prendre l'aspect vieillot.

Vu en consultation avec le Dr Perrier d'Asnières 15 jours plus tard. Le dépérissement est extrême. Tout le corps est recouvert de taches, de la largeur d'un centime ou d'une pièce de cinquante centimes, de couleur violacée. Conjonctives jaunes. Pemphigus à la paume des mains. Foie gras. Mort trois jours plus tard malgré frictions mercurielles (appliquées trop tard).

Antécédents. Mère : aucun accident constaté ni avant, ni après l'accouchement, ni depuis ce jour.

Des 9 enfants précédents, 2 sont morts noyés et brûlés ; 1 est morte, à l'âge de 5 ans, de méningite (?) ; 2 sont morts de tuberculose (?) ; des 4 autres vivants, 2 paraissent scrofuleux et un troisième est atteint de chorée légère, que j'ai amendée par le traitement mixte. Toutefois, cet enfant a un vers solitaire, dont on n'a pu encore le débarrasser.

Père : traces d'adénite suppurée au cou. Chancre syphilitique a passé inaperçu ou n'est pas avoué.

Mais le 10 *avril* 1890, le lendemain du retour de cet homme d'un voyage en Espagne, je note une ulcération nasale, datant de plusieurs semaines, en vain traitée par les pommades. Le traitement mixte l'a fait disparaître. Or la conception de l'enfant mort a eu lieu le 8 avril, alors que l'ulcération existait.

Obs. II. — *Multiples manifestations hérédo-syphilitiques. Antécédents héréditaires.* (Dr Ozenne). — *Père* : chancre en 1878. 4 mois de traitement au mercure seul. Le médecin assure à son client qu'il est définitivement guéri. Aussi laisse-t-il de côté tout traitement et prétend-il n'avoir eu aucune manifestation secondaire.

En 1882. Mariage.

En 1887. Gomme cérébrale s'étant traduite par une parésie légère du membre inférieur et du membre supérieur droit, de l'aphasie incomplète, de la perte de la mémoire. Traitement par les frictions et KI (4 à 8 grammes par jour) pendant 5 ans avec interruption.

Actuellement pas de manifestation, mais l'intelligence est restée très affaiblie.

Mère : Fausse couche en 1884.

En 1886. Accouchement d'un enfant nettement syphilitique, pemphygus, hémorragies, etc. Elevé dans une couveuse.

Depuis 1888 la mère a présenté :

1° Une ulcération linguale, qui a cédé au traitement en 1889.

2° Pendant plusieurs années des douleurs de tête intermittentes qui ont toujours disparu par KI.

3° Un état général qui est actuellement peu brillant : amaigrissement, faiblesse, etc.

Enfant : Après les premiers accidents, rien pendant 4 ans si ce n'est l'aspect typique des hérédo-syphilitiques. Tête volumineuse. Dents d'Hutchimon. Débilité physique et intellectuelle etc. ; à 6 ans ostéo-périostose du tibia ; à 8 ans strabisme du côté droit et à la suite successivement kérato-conjonctivite et irido-choroïdite spécifiques (traitées par Trousseau), d'abord d'un côté, puis de l'autre. Actuellement la vision est altérée des deux côtés — très notablement. — Etat physique général passable. Etat intellectuel retardataire.

J'ajouterai que dans la consultation de l'hôpital Trousseau que mon maître, M. Lannelogue, a bien voulu me confier pendant plusieurs années, et où j'ai recueilli de nombreuses observations de transmissions héréditaires, il m'est arrivé plus d'une fois de voir un enfant de quelques mois, atteint de lésions caractéristiques, présenté par une mère nettement tertiaire, ayant le nez perforé ou la voûte palatine effondrée. Que sont les manifestations chez ces enfants? Et ne savez-vous pas que, chez les hérédo, la syphilis ne connaît plus de stade, et que tel petit sujet offrira simultanément des plaques muqueuses de l'ecthyma superficiel ou profond et une fracture du radius en même temps qu'une dégénérescence hépatique ?

L'hérédo-syphilis nous montre une collision de symptômes bien faite pour dérouter les classiques endurcis, et qui suffirait à elle seule pour ébranler les cadres des anciennes et dogmatiques nomenclatures. Mais il suffit, la question me paraît tranchée, et je n'hésite pas à le répéter, un tertiaire peut transmettre la syphilis par hérédité.

III. — La 3e question : *L'hérédo-syphilitique peut-il à l'âge de la puberté transmettre la syphilis à sa descendance?* découle des deux précédentes. J'ai déjà, dans ma précédente communication, présenté la solution qu'elle me semble comporter, je déclare n'avoir pas de faits nouveaux.

Mais je suis heureux d'apporter ici les renseignements, je dirais mieux, les enseignements, que je dois à mon excellent ami, le Dr Antonelli, l'ophthalmologiste distingué dont, j'ai cité les travaux et qui, à ma demande, a bien voulu m'écrire la très instructive lettre suivante. Je crois être l'interprète de tous mes collègues en joignant ici leurs remerciements aux miens.

Lettre du Dr Antonelli. — *L'hérédité seconde en syphilis, au point de vue des stigmates ophtalmoscopiques.* — Dans votre dernière communication à la séance du 26 février de la Société de médecine de Paris, vous m'avez fait l'honneur de citer mon mémoire sur les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire*, en posant surtout cette question : « Que sont ces stigmates rudimentaires que l'on observe au fond de l'œil,

dans l'hérédité seconde, annoncés par Galezowski, et que je trouve décrits dans douze observations de l'intéressante thèse de M. Antonelli? Diffèrent-ils de ceux rencontrés dans l'hérédité première? A leur examen distinguerez-vous les sujets de l'une ou de l'autre génération? Subissent-ils, dans une mesure quelconque, l'influence de la thérapeutique spéciale?... »

Je viens vous demander la permission de répondre moi-même à ces questions. Si vous voulez bien m'autoriser, cela me fera d'autant plus plaisir que votre communication, toute à l'appui de l'hérédité seconde, en tant que maladie spécifique, virulente, répond parfaitement à mes idées, fruit de l'étude que je poursuis depuis six ans au moins, en recherchant les stigmates ophtalmoscopiques.

Un mot, d'abord, *pro domo mea*. Je ne prétends pas avoir, le premier, signalé les *manifestations oculaires hérédo-syphilitiques à la deuxième génération*, car la publication de M. Galezowski sur ce sujet date de janvier 1896 (*Recueil d'ophtalmologie*). Mais, en ce qui concerne les stigmates rudimentaires du fond de l'œil, que vous mentionnez, permettez-moi de dire, mon cher confrère, qu'ils m'appartiennent. Je les ai énoncés au dernier Congrès de la Société Française d'ophtalmologie, mai 1897; je les ai décrits, analysés, discutés, dans le mémoire qui donne les documents cliniques à l'appui.

C'est un ordre de lésions ophtalmoscopiques qui avaient été méconnues ou faussement interprétées jusqu'à présent, ce qui, du reste, n'avait pas empêché les oculistes de reconnaître une certaine fréquence des manifestations oculaires profondes dans l'hérédo-syphilis. Mais cette fréquence, justement grâce à la découverte des stigmates *rudimentaires*, nous apparaît aujourd'hui beaucoup plus grande qu'auparavant; à telle enseigne que, dans la syphilis héréditaire que nous pouvons considérer comme atténuée, étant monosymptomatique ou olosymptomatique, c'est le fond de l'œil à lui seul, ou la triade de Hutchinson tout au plus, qui nous offrent uniquement les stigmates de la tare congénitale. Ce sont de tels cas, que je considère comme les plus intéressants parmi les 90 observations que j'ai dû me contenter de rapporter dans mon travail. Or, les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* n'ont pas été annoncés avant moi, que je sache, ni au sujet de la syphilis héréditaire ni, à plus forte raison, à propos de syphilis seconde. J'ai rencontré, et je rencontre encore, trop de sceptiques, pour ne pas devoir revendiquer à moi tout seul la responsabilité de ce que j'ai avancé, et j'ai trop lutté pour ne pas réclamer la priorité dès aujourd'hui, devant les faits qui, de différents côtés, viennent confirmer ma thèse.

Veuillez me pardonner, mon cher confrère, cette note personnelle de ma réponse, en rapport avec les premiers mots de votre question, et passons immédiatement au point le plus important pour le sujet qui nous occupe.

Parmi les observations de ma thèse que vous avez eu la bonté de citer (1), il n'y en a pas une seule qui ait été recueillie *en partant de l'idée d'une syphilis seconde*; car voici leur évolution constante:

Découverte de stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires chez un enfant amené à la consultation pour toute autre raison, par exemple choix de verres, amblyopie congénitale, strabisme, troubles fonctionnels, etc.; confirmation éventuelle de la tare congénitale, chez l'enfant, par d'autres stigmates, ou d'autres manifestations relativement tardives de syphilis héréditaire; résultat négatif des recherches au sujet de la syphilis acquise chez les parents et, par contre, constatations de stigmates hérédo-spécifiques, y compris ceux du fond de l'œil, chez le père ou la mère du petit malade. Je me bornerai à rappeler comme type l'observation IV de ma thèse: Enfant de 14 ans, amené à la consultation se plaignant de légers troubles fonctionnels de la vue; classé de suite, grâce aux stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, malgré l'absence d'autres stigmates et de données anamnestiques bien démonstratifs, parmi les hérédo-spécifiques; revient peu de temps après, avec syndrome de Friedreich et altérations graves de l'appareil oculaire; *guérit complètement grâce au traitement mercuriel énergique*; nouvelle enquête anamnestique, exclusion de syphilis acquise chez les parents ou chez l'enfant lui-même, pendant son bas âge, commémoratifs positifs et stigmates ophtalmoscopiques de syphilis *héréditaire* chez la mère.

Ainsi, ce sont les faits cliniques eux-mêmes, sans parti pris du côté de l'observateur et sans trop de difficulté pour l'interprétation de sa part, qui viennent démontrer la syphilis seconde. Et ce que vous avez si bien résumé, mon cher confrère, pour justifier cette hérédité morbide *médiate*, ne constitue pas une série d'arguments *a priori*, mais simplement l'explication rationnelle des phénomènes que la clinique nous montre.

Or, pour en revenir de près à la question posée par vous, diffèrent-ils, les stigmates ophtalmoscopiques de l'hérédité seconde, de ceux rencontrés dans l'hérédité première? A leur examen pourrons-nous distinguer les sujets de l'une ou de l'autre génération? nous devons répondre de suite: *non*, à part quelques réserves; et la raison en est facilement trouvée si nous résumons nos idées, sur les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires*, de la façon suivante: La syphilis héréditaire, à part l'influence dystrophique qu'elle peut exercer sur l'appareil oculaire et les malformations qu'elle peut y occasionner, est presque constamment la cause d'une névrite optique, rétrobulbaire ou papillaire, ou d'une névro-rétinite, ou d'une chorio-rétinite, ou d'un processus combiné de ce genre, processus qui évolue pendant les derniers temps de la vie fœtale, ou pendant les premiers temps de la vie extra-utérine, plus rarement pendant la première enfance. Ces processus hérédo-spécifiques du fond oculaire sont très souvent peu intenses, surtout lorsque l'hérédité morbide est tellement atténuée qu'il en résulte des syphilis héréditaires monosymptomatiques ou olosymptomatiques; mais, il en reste tout de même des traces visibles à l'ophtalmoscope (1), stigmates plus ou moins bien caractérisés ou *stigmates rudimentaires*.

La pathogénie et la signification de ces derniers étant ainsi établis, l'on voit de suite pourquoi ils doivent être les mêmes, que la syphilis héréditaire soit directe ou bien

(1) Une faute d'imprimerie, je crois, vous fait dire 12, tandis qu'il y en a 8 seulement, et ce sont la IV, la LVII à LX, la LXV, la LXI et LXII, la LXXIV et LXXV, la LXXVI et LXXVII, la LXXVIII et LXXIX, la LXXX et LXXXI.

(1) A moins de névrite optique exclusivement rétrobulbaire, ce qui pourrait expliquer les cas d'amblyopie congénitale soi-disant *sine materia* et sans stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires.

seconde. Tout au plus pourrait-on présumer que, la syphilis seconde étant encore atténuée par rapport à l'héréditaire directe, les stigmates ophtalmoscopiques devraient être encore plus rudimentaires dans l'hérédo-spécificité atavistique. Mais, il y a une limite à l'atténuation ou pour mieux dire à notre pouvoir de reconnaître les manifestations morbides ou dystrophiques d'un virus trop atténué ; et, puisque nous parlons déjà de stigmates *rudimentaires*, il ne faudrait pas pousser l'analyse trop loin, surtout devant l'extrême variété de l'aspect ophtalmoscopique normal et à défaut de documents cliniques sûrs et nombreux. D'autre part, dans mes observations de syphilis seconde, *je n'ai pas trouvé de différences notables, entre les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires des enfants et ceux du père ou de la mère, qui étaient, eux, des hérédo-spécifiques avérés*.

Je dois même remarquer, que dans l'observation typique, tout à l'heure mentionnée, les manifestations oculaires de l'enfant furent plus graves que les stigmates ophtalmoscopiques et fonctionnels portés par la mère; paradoxe apparent ou pour mieux dire recrudescence dans les manifestations de la tare familiale, comme il n'est pas rare d'en observer dans l'histoire de toute syphilis transmise des parents à une série d'enfants.

Je m'en voudrais, mon cher confrère, d'abuser de votre bienveillante attention, aussi je laisse de côté la question thérapeutique, qui m'entraînerait trop loin, et je me hâte de résumer par les conclusions suivantes :

1° Dans la syphilis héréditaire *directe*, les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* représentent la règle, puisque ils ne manquent presque jamais, ils restent même isolés ou faiblement accompagnés dans les cas de syphilis héréditaire monosymptomatique ou olosymptomatiques, — Les stigmates ophtalmoscopiques bien manifestes — grosses plaques de choroïdite atrophique, rétinite pigmentaire typique, etc. — représentent déjà l'exception.

2° Dans la syphilis héréditaire *indirecte* ou *seconde*, les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* représentent déjà une rareté, puisque la syphilis atavistique est elle-même relativement rare, et les manifestations oculaires bien caractérisées — kératite parenchymateuse, chorio-rétinite, etc. — sont tout à fait exceptionnelles.

3° Les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* ne sauraient pas servir à différencier d'emblée une syphilis héréditaire d'une syphilis atavistique ; mais ils représentent l'élément le plus constant, le plus sûr, donc le plus précieux, pour le diagnostic d'une *syphilis congénitale*, dont la véritable origine peut être établie seulement grâce à une enquête médicale plus ou moins complète.

4° Toujours est-il que nos *stigmates rudimentaires*, ayant considérablement élargi le cadre de la syphilis congénitale, nous offrent un moyen excellent pour dépister les cas de syphilis atavistique; cas dont l'existence ne saurait pas laisser aujourd'hui ombre de doute, et dont la rareté nous paraît même beaucoup moins grande qu'on ne le croit en général.

Je suis heureux, Messieurs, d'avoir fourni à notre confrère le Dr Antonelli l'occasion de cette magistrale communication. Elle apporte en outre le plus indiscutable appui à la cause que je soutiens dans ce procès de l'*hérédité seconde syphilitique*, sur lequel je m'excuse, sans trop m'en repentir, d'avoir si longtemps arrêté votre attention.

MÉDECINE PUBLIQUE

Un point de prophylaxie des maladies contagieuses dans les Bureaux de bienfaisance. Les bains réglementaires après les fièvres éruptives. (1)

Par le Dr SÉAILLES

La loi de 1892, oblige le médecin à déclarer à l'autorité préfectorale les cas de maladies contagieuses qu'il est appelé à observer; au point de vue de la préservation publique, au point de vue de la limitation de la transmission de ces maladies. Cette loi, quoique fortement critiquée à ses débuts, a rendu les plus grands services ; c'est une loi humanitaire et excellente.

Mais pour que la population en retire les avantages qu'elle est destinée à assurer, il faut nécessairement que les garanties prévues soient vraiment des garanties et non des trompe-l'œil. Malheureusement, on fait pour le mieux, mais le parfait n'est pas de ce monde, tout ne peut se prévoir, et ce n'est que par la pratique, petit à petit, qu'on peut combler les lacunes et arriver à faire un tout bien lié et ne laissant plus aucune prise à la critique.

Les maladies épidémiques et contagieuses sont fréquentes au Bureau de bienfaisance, et les médecins de service à domicile savent combien il est difficile de soigner, en des chambres encombrées de loques et d'enfants, la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde. etc.

Que de fois ils seraient tentés d'envoyer à l'hôpital les enfants ou les personnes atteintes de ces maladies, quand ils se voient obligés de parer à tous les accidents infectieux, dans ces milieux malsains par eux-mêmes. Cependant, appelés très souvent à soigner ces sortes de maladie, ils n'hésitent pas à conserver chez eux les malades, et ils obtiennent de tels résultats que, de plus en plus , ils sont décidés à ne les évacuer sur les hôpitaux, qu'en cas d'impossibilité absolue de leur donner les soins à domicile.

Conformément à la loi, le cas constaté, ils le signalent au service préfectoral, qui fait prendre le linge, et le désinfecte en cours de maladie. Après la convalescence, le même service fait procéder à la désinfection totale du domicile. Tout cela est bien, mieux qu'autrefois, mais tout n'est pas prévu, c'est donc encore insuffisant.

En effet, comme corollaire à la loi de novembre 1892, le ministre de l'Instruction publique a pris une décision, par laquelle il déclare que les enfants atteints de

(1) Communication à la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

« rougeole, oreillons, varicelle ne pourront rentrer en « classe qu'au bout de 16 jours, ceux atteints de scar- « latine, variole, fièvre typhoïde qu'au bout de 40 jours. « Il ajoute que les enfants, avant de reprendre leurs « travaux, devront avoir pris deux ou trois bains sa- « vonneux au moins, et auront été soumis à autant de « frictions huileuses, portant même sur le cuir che- « velu.»

Dans le milieu riche ou aisé, l'usage des bains est, à peu près, répandu, et il y a chance pour que la déclaration des parents soit vraie. Mais dans les milieux nécessiteux des Bureaux de bienfaisance le bain est à peu près inconnu, et même le lavage quotidien, mal surveillé par les parents, est la plupart du temps négligé.

Vous pouvez être sûr que les enfants de cette catégorie, atteints des maladies contagieuses que je citais, et pour lesquelles la loi exige des bains avant le retour aux écoles, n'ont jamais satisfait à cette obligation.

Il y a là un danger pour la population qui nous intéresse, je peux dire les pauvres que nous soignons à domicile. Il faut le combattre au plus tôt, d'abord pour la famille même, aussi pour les locataires de la maison infectée, et enfin pour la population scolaire, que nos malades, non baignés, vont rejoindre portant encore sur eux les pellicules épidermiques, germes de ces maladies, que le temps n'a pas suffi à éliminer,

Pour cela, il faut organiser, je ne parle ici que pour les bureaux de bienfaisance, soit par le service de l'assainissement et de l'hygiène, soit autrement, le bain à domicile pour tous ces cas. Il y a lieu de savoir si ce service pourrait organiser le fonctionnement des bains à domicile, à la suite des maladies contagieuses chez les indigents. C'est une question à étudier par le service compétent, et je suis sûr que notre honoré collègue le Dr A. J. Martin, saisissant tout de suite l'intérêt primordial qu'il y a à baigner ces malades avant toute communication avec le public, étudiera la manière d'organiser un service sous son intelligente direction. Si cela ne semble pas pratique, l'administration de l'Assistance publique pourrait s'entendre avec des piscines municipales, ou avec les établissements subventionnés par le conseil municipal et tout outillés pour faire face à ces demandes.

Les dits établissements pourraient avoir un certain nombre de baignoires émaillées, destinées spécialement à ces besoins. Les baignoires, sur réquisition du médecin des bureaux de bienfaisance, seraient apportées au domicile du malade, avec tout le nécessaire (eau chaude, linge, etc.). Le bain pris, le service d'assainissement enverrait ses agents, qui videraient la baignoire, après avoir désinfecté le contenu, l'emporterait avec les linges souillés, et renverraient le tout, exempt de germes, à l'établissement prêteur.

Ce service est absolument indispensable, si l'on veut que la loi de 1892 ait tout son effet, si l'on veut que la circulaire ministérielle soit respectée.

Je propose donc à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance d'émettre le vœu suivant :

Considérant :

1° Qu'il est absolument nécessaire que les personnes (adultes ou enfants) atteintes de maladies contagieuses se baignent deux ou trois fois pendant leur convalescence ;

2° Que les bains sont obligatoires pour les enfants qui fréquentent les écoles (circulaire ministérielle) ;

3° Que la population necessiteuse ou indigente des bureaux de bienfaisance se trouve dans des conditions qui ne lui permettent pas ce genre de dépenses ;

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance estime qu'il y a lieu d'organiser un service de bains à domicile pour les indigents atteints de maladies contagieuses, soit pendant la maladie, soit pendant la convalescence. Ce service, à défaut de l'organisation par le service de l'assainissement et de l'hygiène, sera assuré par des établissements subventionnés par le Conseil municipal et rattaché audit service qui en aura le contrôle.

Je pense que la Société médicale des Bureaux de bienfaisance aura ainsi aidé à limiter de plus en plus, surtout dans la population scolaire, la propagation des maladies éruptives. Si l'on se décide à organiser ce service, il y aurait lieu, malgré la contagion reconnue du début, à joindre la rougeole à la liste des maladies qui exigent les bains.

Puisque l'occasion se présente de parler des bains à domicile au cours des maladies contagieuses ou à leur fin, je voudrais en profiter pour signaler un fait que vous avez constaté, fait déplorable au point de vue de la sécurité publique.

Les bains sont, aujourd'hui, couramment employés pour le traitement de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la variole, de la rougeole, etc. Les établissements de bains louent leurs baignoires au public et les rentrent dans leurs établissements sans désinfection préalable. Les maîtres de bains nous assurent bien que le nécessaire est fait ; mais la vérité, c'est que la baignoire, qui a servi aujourd'hui à un typhique ou à un malade atteint d'une autre maladie infectieuse, sera portée demain chez une autre personne bien portante, sans avoir subi un lavage désinfectant suffisant ; on aura déposé au nouveau domicile tous les germes enlevés dans la chambre du malade contagieux. Il y a là une question d'hygiène des plus intéressantes. Je demande, pour le moment que, dorénavant, le service d'assainissement, alors qu'il constatera au domicile des malades signalés la présence d'une baignoire, mette l'embargo sur ladite baignoire et ne permette de l'enlever qu'après qu'il aura procédé lui-même à la mise en état. La famille pourrait même être obligée, sous peine d'amende, à faire une déclaration.

BIBLIOGRAPHIE

—

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par MM. Labadie-Lagrave, médecin de la Charité, et Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux, avec 270 grav. dans le texte. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1898.

L'idée qui a présidé à la publication de cet ouvrage est exclusivement clinique et pratique. Dans l'immense majorité des cas, c'est au médecin ordinaire, au praticien qu'incombe la charge de faire le premier diagnostic, de poser les indications thérapeutiques et de saisir le moment opportun où les soins médicaux doivent céder la place au chirurgien. La gynécologie dans la logique de la pratique a donc d'abord un côté médical qui doit être connu de tout médecin, au même titre que les maladies du poumon, du cerveau, ou des autres organes. C'est son médecin que va d'abord trouver la femme qui se plaint des troubles les plus variés qui peuvent avoir leur point de départ dans le système génital, de là la nécessité pour lui d'être éclairé exactement sur l'état de sa malade afin de la soumettre à un premier traitement qui, appliqué au début de la maladie, peut déjà avoir une heureuse influence sur l'évolution des lésions. Plus tard, il peut aviser au moment où il doit la conduire au chirurgien, et c'est lui qui est juge de ce moment, enfin son intervention s'étend encore au-delà de l'action chirurgicale pour compléter par une thérapeutique appropriée les résultats de l'opération.

Il est bon d'ailleurs de reconnaître que la gynécologie, dans les premières périodes de son histoire, avait un caractère surtout médical et ceux qui fondèrent cette spécialité, Aran, Nonat, Scanzoni, Bernutz, Comtes, etc., témoignèrent dans leurs études de hautes qualités cliniques. Les brillants résultats de la chirurgie antiseptique en gynécologie ont fait pâlir et passer au second plan le rôle du médecin. Mais ici encore, les conséquences d'une action chirurgicale trop hâtive, non suffisamment raisonnée, n'ont pas tardé à ramener la gynécologie sur le terrain de la clinique, ce qui était le seul moyen de mettre une barrière aux interventions abusives.

Le traité médico-chirurgical de gynécologie publié par MM. Labadie-Lagrave et Legueu a pour but de sanctionner l'union qui doit exister entre le médecin et le chirurgien, chacun d'eux ayant un rôle bien délimité et devant se prêter un mutuel appui.

Le traité est divisé en deux parties. La première comprend plusieurs chapitres ayant trait à la pathologie générale, à l'étude de la séméiologie, du syndrome utérin, au diagnostic et à l'exploration en gynécologie, à la thérapeutique gynécologique générale. On remarquera dans cette partie thérapeutique des chapitres absolument nouveaux, le traitement hydrominéral, le traitement hydrothérapique des affections gynécologiques, les injections massives de solutions salines dans le traitement des hémorrhagies et des infections, l'opothérapie ovarienne.

La deuxième partie, qui est la gynécologie spéciale, a reçu un grand développement en faisant place aux questions nouvelles et actuelles. C'est ainsi qu'on trouvera des chapitres sur la leucoplasie vulvo-vaginale, le kraurosis vulvæ, les kystes hydatiformes pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urèthre, l'insuffisance uréthrale, etc.

Le chapitre des infections débute par l'exposé des infections qui jouent un grand rôle dans les maladies de la femme. Ce sont l'infection blennorrhagique, l'infection puerpérale, l'infection tuberculeuse. On trouvera ensuite la description des lésions inflammatoires dans différentes étapes de l'inflammation dans ce tractus génital, suivies de l'exposé du traitement. Un chapitre particulièrement développé est consacré au traitement chirurgical des lésions inflammatoires des annexes, aux indications générales de ce traitement chirurgical.

L'étude des tumeurs forme ici un chapitre intéressant par le développement des questions classiques, et par la description des tumeurs moins connues ou d'une étude plus nouvelle, tels sont les sarcomes de l'utérus, le déciduome malin ou épithéliome ecto-placentaire.

La grossesse extra-utérine et l'hématocèle intra-péritonéale, qui en est le plus souvent la conséquence, forment deux chapitres d'une étude toute moderne.

Pour éviter les redites, les auteurs ont placé ici un chapitre qui trouve tout naturellement sa place et qui a trait aux complications immédiates et éloignées des opérations gynécologiques, ce sont les péritonites septiques post-opératoires, les occlusions intestinales, les hémorragies, les fistules et les adhérences post-opératoires; à noter encore les hernies et les éventrations, certains accidents nerveux comme les délires et les troubles consécutifs à la castration.

Dans la description des opérations, les auteurs se sont attachés à décrire les procédés les plus récents et les plus importants, à montrer les résultats éloignés de ces opérations et à présenter leurs indications.

Enfin l'ouvrage se termine par un chapitre moins connu de l'ancienne gynécologie, mais très important au point de vue pratique, c'est celui qui traite des relations physiologiques et pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire, et dont on a constamment à tenir compte dans la pratique pynécologique.

Ajoutons que rien n'a été négligé pour rendre aimable ce volumineux traité de gynécologie, par les conditions matérielles qui ont présidé à sa publication et par les nombreuses figures qui servent à comprendre le texte et qui en font, n'était son utilité très actuelle, un ouvrage de luxe. Nous ne doutons pas que ce traité remplisse une lacune pour la grande majorité des médecins qui désiraient un ouvrage gynécologique répondant aux besoins de leur pratique générale, c'est-à-dire se rattachant plus étroitement à la clinique et à la pathologie médicale en général. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Extraction d'un volumineux calcul urinaire développé dans le vagin. — Le Dr GRIFFAULT, de la Mothe Saint-Heray, vient de présenter à la Société des sciences médicales de Poitiers une observation dont voici le résumé : Cette observation se rapporte à une femme de 40 ans, ayant eu trois enfants. Le dernier accouchement qui date de six ans a été laborieux, il a fallu une application de forceps pour le terminer.

Cette femme ne présente comme antécédent pathologique que de la lithiase urinaire remontant à quatre ans environ ; elle a, à plusieurs reprises, remarqué des calculs dans son urine, quelques-uns atteignaient même, dit-elle, le volume d'un haricot.

Le fait le plus caractéristique, et qui date de deux ans, est qu'il y a chez elle émission involontaire de l'urine, elle se sent toujours mouillée, surtout la nuit.

J'ai vu cette femme pour la première fois le 20 novembre 1897. Elle s'aperçoit qu'un corps étranger ayant l'apparence d'une pierre paraissait à la vulve. Au premier examen, je constatai qu'un calcul assez volumineux écartait les grandes lèvres et faisait saillie de deux centimètres environ à l'extérieur. J'eus beaucoup de peine à introduire le doigt en arrière du calcul en déprimant fortement la fourchette ; la malade accuse de vives douleurs. J'arrive péniblement à détacher le calcul de la paroi vaginale et je l'extrais par un mouvement de bascule. Aussitôt son ablation il s'écoule environ deux cuillerées de liquide ayant tous les caractères physiques de l'urine, légèrement teintée en rose.

Au toucher on sent en arrière le col de l'utérus intact. En suivant du doigt la paroi vaginale antérieure, on arrive dans une dépression profonde, véritable fosse remplie de débris de calculs, débris mous et friables, s'écrasant sous le doigt. Il est impossible de faire un examen plus approfondi, la malade accusant des douleurs trop vives.

Le 26, nouvel examen. La malade se plaint d'abord que l'écoulement de l'urine est plus fréquent depuis l'ablation du calcul. Au toucher col et culs-de-sac normaux. En avant et en haut on sent toujours cette dépression profonde dans laquelle pénètre le doigt, la douleur est très vive en ce point. La patiente est mise dans la position *genu* pectorale. En écartant avec une valve de sims la paroi vaginale postérieure, on aperçoit sur la paroi antérieure, à environ 4 centimètres en arrière du bulbe, une dépression ovale à bords plissés et rougeâtres. J'introduis dans la vessie une sonde par laquelle je fais une injection de liquide coloré (eau filtrée colorée au bleu de méthyle), le liquide ressort d'une façon évidente par le fond de la dépression de la paroi vaginale, indiquant d'une façon absolue l'existence d'une fistule urinaire.

Le calcul extrait a une forme à peu près régulièrement cylindrique, de 16 centimètres de circonférence sur 7 centimètres de longueur. Son poids est de 180 grammes. Sa face antérieure, légèrement arrondie, est régulière et formée de concrétions spongieuses, retenant du liquide dans leurs alvéoles, elle est friable et se détache sous l'ongle.

Le point intéressant est de savoir d'où vient le calcul. Il faut d'abord éliminer l'hypothèse d'un calcul venant de l'utérus, le col normal, absolument fermé, n'aurait pu livrer passage à un corps de ce volume. Il ne peut donc venir que de la vessie. Sa nature d'ailleurs l'indique, il est évidemment composé en majeure partie de carbonate et phosphate de chaux ; de plus, les urines sont fortement chargées de sels, les calculs antérieurs en sont une preuve.

Le calcul vient-il de la vessie ou s'est-il directement formé dans le vagin ? Il me semble difficile d'admettre qu'un pareil calcul ait pu traverser directement la paroi vésico-vaginale ; il y aurait produit des désordres considérables que je n'ai pas constatés. De plus, les calculs vésicaux ont dans tout leur volume une structure uniforme, celui-ci au contraire représente une partie arrondie, compacte et dure, tandis que l'autre extrémité excessivement molle est d'une masse friable ; si le calcul eût été libre dans la vessie, cette extrémité aurait été arrondie comme l'autre.

Il faut conclure que le calcul s'est directement formé dans le vagin à la faveur d'une urine fortement calcaire filtrant à travers une fistule vésico-vaginale dont l'origine remonte vraisemblablement à une grossesse antérieure.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *mai* 1898. — *Présidence de* M. WOLF.

Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. — M. S. ARLOING. M. Ledoux-Lebard avait étudié l'agglutination du streptobacille de la pseudo-tuberculose par le sérum de lapins pseudo-tuberculeux ; mais personne, à ma connaissance, n'avait signalé l'agglutination du bacille de la tuberculose vraie avant ma Communication au Congrès de Médecine interne tenu cette année à Montpellier (13 avril 1898). Depuis, M. Dubard a fait savoir qu'il avait observé ce phénomène de son côté (Société de Biologie, 30 avril 1898). La condition préalable nécessaire était l'obtention d'émulsions bien homogènes de bacilles de Koch. On a pu voir comment je suis parvenu à me les procurer (V. *France méd.*, n° 20, p. 310).

Je vais donner aujourd'hui le résumé de mes expériences capitales sur ce sujet.

I. Le bacille de Koch peut être agglutiné par certains sérums ; sous ce rapport, il a des réactions analogues à celles de plusieurs autres microbes pathogènes.

Si, à quelques gouttes de culture ou d'émulsion homogène de bacilles déposés dans un petit tube *ad hoc*, on ajoute 1/10 de sérum sanguin de chèvre saine et vierge de toute inoculation, on ne provoque pas d'agglutination ; tout au plus, voit-on se déposer au fond du tube quelques flns

grumeaux en douze à seize heures. Si l'on substitue à ce sérum celui de chèvres ayant reçu une longue série d'injections sous-cutanées de tuberculine ou de bacilles de Koch plus ou moins virulents, le phénomène de l'agglutination se manifeste rapidement avec une grande intensité et d'une manière complète.

On voit aussi le léger pouvoir agglutinant naturel du sérum de l'âne s'accroître considérablement sous l'influence des mêmes injections.

II. J'ai fait agir sur des émulsions de bacilles le sérum d'individus normaux appartenant à des espèces différentes. Il semble que le pouvoir agglutinant du sang normal soit en raison inverse de l'aptitude des espèces à contracter ou à supporter la tuberculose. Ainsi il est nul dans le sang du cobaye et du lapin, animaux facilement tuberculisables, très léger dans le sang de la chèvre, plus accusé dans le sang du bœuf et de l'âne, très marqué dans le sang du cheval, animaux qui présentent exceptionnellement la tuberculose ou qui la subissent souvent sans de très grands dommages.

III. Le sérum, rendu fortement agglutinant par des injections sous-cutanées de bacilles de Koch ou de tuberculine, agglutine aussi très bien les cultures en milieu liquide ou les émulsions homogènes du bacille de la tuberculose aviaire et, en particulier, de la tuberculose du pigeon.

Je ne voudrais pas tirer de ce fait une déduction rigoureuse; cependant, je dirai qu'il plaide en faveur de l'opinion de plus en plus accréditée que le bacille de la tuberculose aviaire est une simple variété du bacille de Koch.

IV. L'action de mes sérums agglutinants s'exerce également bien sur les bacilles en voie d'évolution dans du bouillon glycériné. A des ballons garnis de bouillon et ensemencés, j'ai ajouté 1/4, 1/3, 1/2 de sérum agglutinant de sang de chèvre. Au point de vue de la quantité, la culture a été remarquable dans chaque ballon. Seulement, les bacilles s'agglutinaient au fur et à mesure de leur développement, de manière à former de petits grumeaux qui se déposaient immédiatement sur le fond. Au-dessus de la couche de prolifération, le bouillon restait clair et transparent. Le phénomène était au maximum dans le ballon chargé d'un quart de sérum sanguin.

V. Les chèvres qui me fournissaient du sérum agglutinant étaient en expérience depuis fort longtemps. J'ignorais le moment où leur sérum avait acquis cette propriété. J'ai cherché à le déterminer par une expérience suivie pas à pas. J'ai cherché aussi à faire apparaitre le pouvoir agglutinant dans le sang du lapin.

Le 31 mars 1898, j'entreprenais des injections de tuberculine brute sous la peau d'une chèvre et d'un lapin et d'émulsions de bacilles sous le derme de sujets de cette dernière espèce. Avant le 12 avril, tous jouissaient du pouvoir agglutinant. La chèvre avait reçu 6 cc. de tuberculine brute; le lapin, 25 gouttes; un autre lapin, 6 grumeaux de bacilles de Koch faisant au total le volume d'une noisette.

Le pouvoir agglutinant peut donc naître et se développer en peu de temps par ces procédés.

VI. Je me suis appliqué ensuite à déterminer le parti que l'on pourrait tirer de l'agglutination du bacille de Koch dans le diagnostic ou le pronostic de la tuberculose sur l'homme, m'inspirant des observations de M. Widal et de M. Paul Courmont sur le pouvoir agglutinant du sang des typhiques à l'égard des cultures du bacille d'Eberth.

Pour donner à mes essais plus de netteté, j'ai eu soin d'opérer avec le sérum et non avec le sang complet. Les quelques gouttes de sang, obtenues d'une piqûre à la lancette, étaient donc abandonnées à elles-mêmes dans un petit tube de verre; elles laissaient transsuder naturellement leur sérum, ou bien j'écrasais le caillot et je soumettais le tube à l'action de la force centrifuge. Le sérum était ajouté aux émulsions dans la proportion de 1/10, parfois de 1/5; l'observation prenait fin au bout de vingt-quatre heures.

Dans mes premiers essais, j'ai fait agir sur les émulsions : 1° du sérum de personnes saines en apparence; 2° du sérum de personnes offrant les symptômes de la tuberculose pulmonaire; 3° du sérum de personnes atteintes d'une variété de la tuberculose chirurgicale; 4° du sérum de malades ayant des affections diverses, mais dont quelques-unes étaient peut-être superposées à la tuberculose. J'ai distingué trois sortes de résultats : agglutination et clarification parfaites, agglutination et clarification incomplètes, agglutination et clarification nulles ou insignifiantes.

Voici le pourcentage dans chaque catégorie : le sérum des personnes atteintes ou supposées atteintes de tuberculose pulmonaire vraie agglutine 94 fois sur 100, 57 fois d'une façon parfaite, 37 fois incomplètement; prélevé sur des malades frappés de tuberculose chirurgicale, il agglutine 91 fois sur 100, 35 fois parfaitement, 56 fois incomplètement; venant de malades divers, il agglutine 32 fois sur 100, 11 fois très bien, 21 fois imparfaitement; enfin, retiré de personnes supposées saines, il agglutine seulement 22 fois sur 100, 11 fois très bien et 11 fois incomplètement.

La proportion des résultats positifs indiquée ci-dessus permet d'espérer que l'on pourra tirer parti, en clinique, de l'agglutination du bacille de Koch. L'avenir nous dira la raison pour laquelle le phénomène paraît quelquefois en défaut. Je poursuis de nouveaux et nombreux essais avec cet objectif.

Insertion, sous forme de revêtement épithélial continu, des pieds des fibres névrogliques sur la limitante marginale d'un névraxe adulte. — M. J. Renaut.

Des verres périscopiques. — M. Ostwalt. Les personnes condamnées au port de lunettes sont toujours gênées par la déformation que subissent les images des objets, aussitôt qu'elles ne les regardent pas tout droit en face, mais plus ou moins de côté. Pour avoir des images nettes, ces personnes sont donc forcées de renoncer pour ainsi dire aux mouvements associés de latéralité des yeux et de les remplacer par des mouvements de la tête.

Pour obvier à cet inconvénient, Wollaston a, il y aura bientôt un siècle, introduit dans la pratique les verres dits *périscopiques*, c'est-à-dire les verres affectant la forme de ménisques à surface convexe dirigée vers la lumière et surface concave tournée du côté de l'œil.

Or on sait que chaque numéro de verre de lunettes est représenté par une infinité de ménisques de plus en plus bombés. Il se pose, dès lors, la question de savoir quelle est, pour chaque verre correcteur, la forme de ménisque qui donne les meilleurs résultats, au point de vue de la diminution de la déformation des objets vus à travers des points excentriques de ces verres.

Ni Wollaston, ni aucun autre auteur après lui, n'ont formulé des règles à ce sujet. C'est là probablement la raison pour laquelle les ménisques ne sont pas devenus d'un usage encore plus courant, malgré les avantages indéniables qu'ils présentent pour une grande catégorie de verres,

avantages qui sont tellement réels que bien des personnes qui les ont adoptés une fois ne veulent plus des verres bisphériques ordinaires.

Je me suis appliqué à essayer de combler la lacune susmentionnée et de déterminer, pour les différentes lentilles, la forme la plus avantageuse du ménisque, dont le choix était jusqu'ici complètement abandonné au libre arbitre de l'opticien.

Pour ce faire, j'ai étudié, tant pour les verres concaves que pour les verres convexes, la forme de l'image d'un point situé à l'infini et latéralement par rapport à la position primaire de l'axe visuel, de sorte que l'œil devait, pour le voir, dévier de 25° de sa position primaire.

J'ai comparé les images formées dans ces conditions-là par la réfraction à travers la partie excentrique correspondante des verres bisphériques, des verres plans-sphériques et des verres méniscoïdes de plus en plus bombés.

On sait, depuis Thomas Young, que l'image d'un point dont les rayons tombent obliquement *au centre* d'une lentille cesse d'être ponctiforme et devient astigmatique, lors même qu'on suppose le faisceau incident infiniment mince. Les rayons situés dans le plan de la déviation de l'objet sont plus fortement réfractés, se réunissent plus près de la lentille que les rayons perpendiculaires à ce plan de déviation. Mais même ces derniers rayons sont encore plus fortement réfractés que les rayons parallèles émanant d'un point lumineux situé à l'infini *sur l'axe optique* de la lentille. La lentille oblique agit donc à peu près comme cette même lentille non oblique, mais combinée avec un verre sphérocylindrique, dont les deux composantes doivent augmenter à mesure que l'obliquité de la lentille ou, ce qui revient au même, l'obliquité de l'incidence du faisceau parallèle s'accroît.

Pour le cas *d'incidence oblique au centre du verre*, les verres plans-sphériques et les verres méniscoïdes ne se comportent pas autrement que les verres bisphériques, à la condition que l'épaisseur de tous ces verres-là soit négligeable; le degré d'astigmatisme composé, correspondant à un degré donné d'incidence oblique *centrale*, est donc pour tous le même, ainsi qu'il résulte des formules données par Ludimar Hermann.

Il n'en est pas de même pour l'astigmatisme qui prend naissance lorsqu'un faisceau parallèle mince traverse obliquement *une partie excentrique* de ces mêmes lentilles. Dans ce cas les lentilles de même pouvoir réfringent dans l'axe optique se comportent tout à fait différemment selon leur forme. Cela résulte à l'évidence de mes calculs et des courbes que j'ai construites avec les valeurs trouvées. Le travail plus explicite que je vais publier sous peu va apporter les preuves de ce que je viens d'énoncer. On y verra que, dans la série des verres concaves de 0 à 12 dioptries, l'astigmatisme qui, pour le verre bisphérique, est dans le cas d'incidence oblique excentrique de mêmes sens et forme que dans le cas d'incidence oblique centrale, change même de sens pour un certain nombre de ménisques de plus en plus bombés, pour reprendre sa première forme quand la courbure des ménisques augmente encore davantage. Avant de changer de signe, l'astigmatisme doit forcément passer par 0. Il y a donc, pour les verres concaves ci-dessus désignés, chaque fois deux ménisques pour lesquels *l'astigmatisme et, par conséquent, la déformation des objets situés latéralement à l'infini sont théoriquement nuls.*

L'un de ces deux ménisques est toujours peu bombé; sa convexité est, au maximum, égale à celle d'un verre plan-convexe de 2,5 à 3 dioptries. Pour la plupart des verres concaves en question, le ménisque *anastigmate* le moins bombé diffère même peu d'un verre plan-concave. Il est donc facile à fabriquer et son aberration de sphéricité est modérée et pratiquement sans importante.

Quant *aux verres convexes*, mes calculs m'ont démontré que, contrairement à ce que les auteurs ont cru jusqu'ici, la forme méniscoïde n'offre pour eux que très peu d'avantage. Il n'y a pas de ménisques convergents *anastigmates* pour la réfraction oblique excentrique, et pour que l'astigmatisme fût sensiblement amoindri dans ces conditions-là, il faudrait avoir recours à des ménisques excessivement bombés, entachés d'une aberration de sphéricité énorme et d'un poids insupportable.

Contrairement à ce qu'on pensait à ce sujet (voir Nagel, Bull et autres), la forme périscopique est donc sans grande utilité pour les verres convexes, tandis que pour les verres concaves les ménisques fabriqués d'après les règles que je vais exposer tout au long dans mon travail détaillé DEVRAIENT ABSOLUMENT REMPLACER LES VERRES BICONCAVES ORDINAIRES. J'ai construit, avec les données de mes calculs, une courbe qui indique pour tous les verres concaves prescrits en Oculistique la forme du ménisque la plus avantageuse pour la vision décentrée. Cette courbe devrait, à l'avenir, toujours guider l'opticien.

J'ai aussi vérifié expérimentalement l'exactitude de mes calculs dans deux cas de myopie (de 4,0 et de 9,0 dioptries) qui se prêtaient tout particulièrement à ce genre de recherches, grâce à l'état parfait de la vision et à l'absence complète d'altérations ophtalmoscopiques et d'astigmatisme oculaire. J'y ai comparé, dans des conditions d'expérience rigoureuses, la vision centrale dans le regard droit avec celle qui s'observait dans le regard latéral, et cela tant pour l'œil pourvu d'un verre biconcave que pour l'œil muni de ménisques de plus en plus bombés. Les résultats de ces expériences étaient en harmonie complète avec mes calculs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° Le rapport général sur la vaccine et la petite vérole chez les nourrices visitées à la préfecture de police de 1890 à 1897 par le Dr Duvernet; 2° le rapport annuel sur la vaccine et la petite vérole chez les nourrices en 1897 par le Dr Duvernet; 3° une lettre de M. le Dr Peyrot, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

Causes et traitement de l'érythème polymorphe. — M. LIÉGEOIS, de Bainville-aux-Saules, laissant de côté les érythèmes noueux et papuleux syphilitique et palustre, range tous les cas d'érythème polymorphe dans les catégories suivantes : érythème polymorphe de cause morale, de cause rhumatismale, épidémique, par surmenage physique, dans la convalescence des maladies infectieuses (maladies septiques, tuberculose, uréthrite blennorrhagique). Ses essais thérapeutiques lui ont prouvé l'efficacité de l'io-

dure de potassium dans l'érythème polymorphe de cause quelconque.

Avantages des collyres huileux. — M. Panas communique les résultats des recherches faites sous son inspiration et sa direction par M. Scrini sur la valeur des huiles d'olives et d'arachide comme véhicule des alcaloïdes employés en thérapeutique oculaire.

Ces recherches ont permis de constater :

1° La solubilité des alcaloïdes mêmes ou de leurs sels gras (stéarates) dans ces huiles lavées à l'alcool et stérilisées ;

2° La parfaite asepsie des solutions ;

3° Leur stabilité ; l'ésérine notamment ne se transforme pas en rubrésérine ;

4° Leur action supérieure ou tout au moins égale aux mêmes solutions aqueuses ;

5° L'absence de toute altération épithéliale de la cornée à la suite d'applications de la cocaïne en solution huileuse ;

6° Enfin et surtout la facilité d'application, la sûreté de pénétration de ces collyres dans le cul-de-sac conjonctival et la suppression du blépharospasme qui, dans les cas d'ulcère perforant de la cornée et d'opération de la cataracte, peut compromettre l'œil gravement.

Endodiascopie. — M. le Dr Bouchacourt présente des radiographies obtenues avec la nouvelle méthode de l'endoscopie à l'aide des rayons de Rœntgen à laquelle il donne le nom d'endodiascopie.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Gibert (du Havre) approuve M. Grancher de ne pas demander que la tuberculose figure parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire, puisque ces déclarations resteraient lettre-morte, tant qu'il n'y aura pas de budget de la santé publique. Il propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Il y a lieu d'exiger que les préfets prennent les mesures nécessaires pour que tous les logements où sont décédés les phtisiques, à la ville comme à la campagne, soient soumis à la désinfection. »

Au Havre, il y a des rues entières dans lesquelles il n'y a pas eu, depuis très longtemps, un seul décès par phtisie, parce que ces rues sont exposées au vent de mer. Une autre constatation curieuse c'est que les cartes locales du choléra, de la diphtérie et de la tuberculose sont superposables.

M. Laveran demande à compléter ainsi les conclusions proposées dans le rapport de M. Grancher.

Lorsqu'un tuberculeux se trouve dans sa famille dans des conditions mauvaises et qu'il n'y a pas lieu de compter sur l'exécution des mesures indiquées au paragraphe premier, l'envoi du malade dans un sanatorium ou dans un hôpital est indiqué et doit être vivement conseillé.

La création de sanatoria destinés aux tuberculeux indigents s'impose aussi bien pour la prophylaxie que pour le traitement des tuberculeux.

Lorsqu'un tuberculeux succombe, il est indispensable de faire désinfecter avec soin sa chambre, sa literie et ses effets d'habillements.

On doit désinfecter également les locaux et les objets de literie qui ont été affectés même passagèrement à des tuberculeux et qui doivent changer d'affectation.

M. Ferran propose un moyen de mettre la déclaration obligatoire des maladies d'accord avec la conscience qui chez beaucoup de médecins repousse le système actuellement en vigueur ; chaque médecin aurait un carnet à souche ; sur la feuille détachable il inscrirait le nom de la maladie et remettrait cette feuille à la famille qui aurait la charge de la faire parvenir à l'administration. Le talon du carnet montrerait que le médecin a rempli son rôle.

M. Léon Collin insiste sur la fréquence de la tuberculose préexistant chez les jeunes soldats au moment de leur incorporation, ce qui n'enlève rien à l'importance de la découverte de Villemin. Il faut donc travailler à améliorer les casernements, le régime alimentaire ; il faut atténuer l'action néfaste sur cette catégorie de soldats des intempéries atmosphériques.

M. Collin propose donc d'ajouter aux conclusions de M. Grancher l'alinéa suivant :

« Il est nécessaire d'assurer par des crédits suffisants l'exécution de prescriptions relatives à la salubrité des casernes ; augmentation du volume d'air attribué à chaque homme ; réfection et imperméabilisation des parquets ; désinfection des locaux et du mobilier ; aération continue des chambres ; isolement des infirmeries et des réfectoires, etc., etc., et autant que possible de profiter des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les convocations de réservistes, les changements de garnisons, les exercices, manœuvres, marches de nuit, etc. »

La suite de la discussion est reportée à la prochaine séance, quatre orateurs sont encore inscrits.

Imperforation de l'anus ; anus contre nature ; guérison. — M. Pedebidou présente, de la part de M. Kirmisson, empêché, un enfant de deux mois, venu à l'hôpital Trousseau avec une imperforation de l'anus, auquel un chirurgien fit un anus contre nature et que M. Kirmisson opéra ensuite en rétablissant les voies naturelles.

A 4 h. 20 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mai 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Méningite cérébro-spinale épidémique. — M. Galliard rapporte un cas de méningite constaté à l'hôpital Saint-Antoine et qui semble bien être un cas de méningite cérébro-spinale à pneumocoques.

Un homme de 42 ans entra à l'hôpital Saint-Antoine le 23 novembre 1897 avec des signes de rhumatisme sacro-iliaque gauche, qui s'améliora sous l'influence du salicylate de soude. La fièvre pourtant persista et le 2 novembre la température atteignit 40°3, en même temps que se produisaient du délire et des symptômes méningitiques ; la mort suivint le 5 décembre. A l'autopsie on trouva une méningite à pneumocoques ; pas de pneumonie ; malheureusement, les méninges spinales n'ont pas été examinées.

M. Netter a retrouvé le pneumocoque dans cinq cas nouveaux de méningite cérébro-spinale dont quatre primitives et une compliquant une tuberculose cérébrale.

Quatre fois les malades étaient des enfants, le cinquième un adulte traité à Beaujon dans le service de M. Troisier. Il s'agissait du même microorganisme que dans les 8 cas antérieurs. Dans l'une de ces méningites, le méningocoque présentait absolument la disposition intra cellulaire du microbe de Weichselbaum et cependant l'identité avec le pneumocoque lancéolé encapsulé ne saurait être mise en

doute. Les produits expectorés par le malade renfermaient le pneumocoque et les formes intra-cellulaires se voyaient dans les points où l'exsudat était plus épais et par conséquent plus ancien.

Le diagnostic deux fois avait été fourni à la suite de la ponction lombaire qui a permis de cultiver le méningocoque. Dans ces deux cas, le liquide était comme de l'eau de roche et ne renfermait que peu de flocons. Dans un troisième cas, un adulte du service de M. Troisier à l'hôpital Beaujon, le méningocoque avait été vu dans les crachats.

L'un des petits malades, chez lequel la ponction a permis d'isoler le méningocoque, est en voie d'amélioration très manifeste et fournira sans doute un exemple de guérison de méningite cérébro-spinale épidémique avérée.

M. Troisier. Le malade auquel M. Netter vient de faire allusion était un homme de 43 ans ; le début de son affection avait été brusque et la mort est survenue le neuvième jour de la maladie. L'autopsie nous montra l'existence d'une méningite cérébro-spinale suppurée et d'une bronchopneumonie dans le lobe inférieur gauche.

Dysostose cléido-cranienne héréditaire. — MM. P. Marie et Sainton présentent un malade déjà présenté l'année dernière sous la rubrique « hydrocéphalie héréditaire ». Cet homme présente une série de malformations que l'on retrouve chez son fils : exagération du diamètre transverse du crâne, bosses frontales saillantes, persistance de la fontanelle antérieure, prognathisme du maxillaire inférieur, division de la voûte palatine, clavicules divisées en deux tronçons non réunis.

Ils présentent deux autres cas semblables, la mère et la fille. Les lésions sont absolument identiques à celles constatées chez cet homme.

Le terme d'*hydrocéphalie congénitale* semble devoir être remplacé par celui de *dysostose cléido-cranienne héréditaire.*

Cancer du canal thoracique. — M. Troisier. La masse cancéreuse contenue dans le canal est formée par un amas de grosses cellules épithéliales, munies d'énormes noyaux, s'implantant directement sur la face interne du vaisseau. Cette végétation cellulaire constitue une zone périphérique ou pariétale. En dedans se trouve un bloc central, d'apparence caséeuse, comblant la lumière du vaisseau et formé d'éléments nécrobiotiques. La paroi du canal présente un épaississement notable et, par places, de véritables nodosités formées de tissu conjonctif vascularisé et infiltrées de cellules cancéreuses. Ces lésions sont les mêmes que celles de la lymphangite cancéreuse que M. Troisier a décrite dans sa thèse (1874).

L'envahissement du canal thoracique se fait de proche en proche. La propagation à ce vaisseau amène nécessairement la dissémination des éléments néoplasiques dans le sang et la généralisation du néoplasme.

Syndrôme de Erb (myasthénie). — MM. P. Marie et Roques montrent une malade qui présente des symptômes se rapprochant du syndrôme de Erb. A la face, on observe une chute de la paupière supérieure gauche, avec une faiblesse marquée dans la contraction des voiles palpébraux des deux côtés ; la parole est nasonnée, il y a des troubles de la déglutition allant parfois jusqu'à l'engoûment. Aux membres se manifeste au plus haut degré la myasthénie signalée par quelques auteurs : après une série de quelques efforts, les muscles sont épuisés, et ne peuvent plus se contracter. Ces phénomènes offrent une grande mobilité, dont les causes sont assez difficiles à déterminer. On n'a pas retrouvé, dans le cas présent, la *réaction myasthénique* dont Jolly (de Berlin), a voulu faire une caractéristique du syndrôme.

Hyperostose névritique. — MM. Jacquet et Napilsaski présentent un homme de 30 ans, alcoolique névropathe et surmené, présentant une hyperostose calcanéenne analogue à celle que M. Jacquet a décrite chez les blennorragiques. Ce malade n'a jamais eu la blennorragie, mais il est atteint d'une névrite du sciatique et du crural du côté de son hyperostose et cette névrite paraît bien être la cause de son affection.

M. Goldschmidt (de Strasbourg), lit une observation *d'urémie tétanique chez un enfant de quatre mois.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 9 mai 1898. — Présidence de M. Tripet.

Tumeur érectile considérable de la langue ; guérison spontanée. — M. de Molènes. Fillette de trois semaines présentant un prolapsus considérable de la langue qui est plus que doublée de volume, violacée, turgescente ; au premier abord on pense à un prolapsus congénital simple ou macroglossie ; mais en soulevant la pointe de l'organe, on constatait que le gonflement si considérable de l'organe provenait d'une tumeur globulaire, occupant toute la face inférieure de la langue et la débordant de chaque côté, étranglée légèrement sur la ligne médiane par le frein, de coloration générale violacée, livide, augmentant pendant les cris et les efforts de succion, et animée de battements manifestes ; il s'agissait donc d'une tumeur érectile capillaire très volumineuse. L'enfant était un peu petite, mais ne présentait aucune tare constitutionnelle ou héréditaire. La mère était saine et avait eu 2 enfants absolument bien conformés. Malgré sa langue énorme, l'enfant parvenait à téter et à profiter presque normalement ; aucun traitement ne fut provisoirement institué. L'état de la langue resta stationnaire pendant 5 mois environ, puis le prolapsus diminua lentement, progressivement ; à 7 mois 1/2, la langue quoique encore très volumineuse, rentrait assez aisément dans la cavité buccale, à 1 an la procidence n'existait plus, et à 3 ans la langue est seulement un peu plus grosse que normalement ; à droite du frein il ne reste aucune trace de la tumeur congénitale ; mais à gauche il persiste une bosselure très peu saillante, étalée, violacée, non animée de battements, vestige de la tumeur érectile flétrie. Donc en présence des tumeurs vasculaires congénitales de la langue même très volumineuses, il faut savoir attendre, ainsi du reste que l'avaient conseillé Paul Dubois et Depaul.

M. Tripet dans différents services d'hôpitaux et notamment dans le service de M. de Saint-Germain à l'Hôpital des Enfants, a observé un grand nombre d'angiomes mais jamais d'angiome de la langue.

M. de Molènes. Les tumeurs érectiles de la langue sont très rares. Dans une des dernières séances de la Société de dermatologie. MM. Brocq et Benard ont présenté un jeune homme de 17 ans, présentant un hémato-lymphangiome de la langue d'origine congénitale.

Des accidents produits par les ascarides. — M. Chanson. Il nous semble probable que bon nombre d'accidents produits par les parasites du tube digestif sont autre chose que des phénomènes réflexes, ainsi qu'on les a appelés longtemps. A l'appui de cette opinion qui est très ancienne, puisqu'Avicenne en avait fait mention : « Du corps des lombrics sort une vapeur malfaisante qui s'élève jusqu'au cerveau; les éléments de ces êtres, absorbés avec le chyle, passent dans le sang et dépravent les humeurs », nous invoquons des faits cliniques et accidentels ayant valeur d'expérience et des faits purement expérimentaux. A. Huber, Blanchard, Vignardon, Arthus et nous-même avons observés chez les personnes qui maniaient ces ascarides dans les laboratoires des éruptions diverses, de la conjontivite, du coryza, des sécrétions anormales du nez et des oreilles, de la pharyngite, de l'aphonie, etc.

Ces phénomènes étaient manifestement produits tantôt par une vapeur irritante se dégageant des animaux coupés en morceaux, tantôt par le suc ascaridien lui-même mis directement en contact avec les parties atteintes.

On a également observé d'autres faits accidentels ayant valeur expérimentale. Chacun connaît l'éruption ortiée qui succède souvent à la ponction ou à la cure des kystes hydatiques. Des accidents moins connus mais d'une intensité telle qu'ils firent concevoir une grande inquiétude aux assistants, sont cités dans les *Archives générales de Medecine* 1888, par M. Achard, comme s'étant produits à la suite de la ponction simple d'un kyste hydatique. M. Chauffard (in *Semaine médicale*, 1896) cite un cas de mort rapide avec éruption, accidents convulsifs et asphyxie terminale, le tout s'étant produit dans les 25 minutes après la ponction. D'autre part l'injection faite par nous dans le tissu cellulaire de cobayes de virus liquides préparés avec les ascarides vivants du cheval et du porc ont donné les résultats suivants : Un cobaye est mort en quelques minutes avec des accidents convulsifs. Un second présenta rapidement de la raideur des membres postérieurs, mort moins de 12 heures après l'injection. Un troisième est mort également en moins de 12 heures sans qu'on ait observé les accidents initiaux. Nous avons observé d'autres cas de mort de 56 à 72 heures après l'injection.

De tous ces faits probants, et en tenant compte d'autre part des faits heureusement nombreux où les helminthes ne produisent pas d'accidents, il nous semble ressortir que dans certaines conditions, encore à déterminer, les liquides provenant de ces parasites humains, notamment les liquides hydatiques et ascaridieux absorbés par l'économie peuvent provoquer par leur propre toxicité des accidents quelquefois sérieux et même amener la mort.

M. Jocqs. J'ai écouté avec attention l'intéressante communication de M. Chanson parce que nous savons combien sont importants et fréquents les symptômes dus aux vers intestinaux. Aux accidents provoqués par cette cause et rappelés par notre collègue, je voudrais en ajouter un, très rare d'ailleurs, qui vient d'être signalé par le Dr Kœnigshœfer de Stuttgard dans le n° d'avril dernier de la « *Clinique ophtlamologique*. Il s'agit d'un enfant de 13 ans qui, en outre de céphalalgie et de troubles gastro-intestinaux, se plaignait de voir tous les objets de couleur jaune : il avait de la xanthopie avec une certaine diminution de l'acuité visuelle. Le malade fut complétement examiné au point de vue de l'étiologie habituelle de la xanthopie : à la suite de l'administration de santonine, d'acide picrique, dans le cours de certaines héméralopies par faiblesse générale, dans l'ictère et à la suite d'autres causes. Aucune d'elles n'existait chez ce malade.

Cependant l'auteur avait connaissance d'un cas de xanthopie chez un malade atteint d'helminthiase, et publié par Hufeland. Se basant sur ce fait, il administra la santonine à son malade : celui-ci rendit plusieurs vers et, au bout de quelques jours, la vision jaune avait complétement disparu, en même temps que l'acuité visuelle redevenait normale.

L'auteur pense, avec raison je crois, que la cause de ce phénomène doit être cherchée dans une excitation anormale du centre de perception des couleurs. Cela n'aurait rien d'étonnant était donné le grand nombre d'accidents nerveux auxquels donnent lieu les vers intestinaux. Mais je crois, après l'intéressante communication de M. Chanson, que cette action sur les centres nerveux peut être considérée comme un véritable empoisonnement et non comme un simple acte réflexe.

M. Hénocque. Les oxyures produisent les phénomènes nerveux bien plus fréquemment que les ascarides. L'action sur le système nerveux existe, mais on ignore la cause, qui doit être recherchée et pourrait être l'intoxication.

M. Tripet a eu l'occasion de voir, il y a quelques années, un enfant de 4 ans, qui revenait de la campagne et qui fut pris d'accidents méningitiques graves (céphalalgie, vomissements, convulsions, rétraction du ventre avec fièvre modérée), pouvant faire craindre une méningite tuberculeuse. Il pensa à des accidents provoqués par les ascarides, donna du calomel et de la santonine. Il y eut expulsion de 29 ascarides, dont le plus long avait 32 centimètres. Tous les accidents méningitiques disparurent. Des cas semblables ont été signalés par Archambault.

M. Bouloumié. S'il s'était agi de phénomènes d'intoxication, la guérison eut été moins rapide, la cause de ces accidents serait plutôt d'origine réflexe.

M. Tripet. La cessation des accidents méningitiques ne survint qu'après deux ou trois jours.

M. Depierris étant externe dans le service de M. Triboulet a vu une petite fille de 13 ans, qui est morte avec tous les symptômes de la méningite tuberculeuse et à l'autopsie de laquelle on trouva un seul ascaride dans l'appendice cæcal, mais pas de lésions de méningite tuberculeuse.

Aug. Boursier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Pyschoses opératoires. — M. Picqué résume les discussions ayant trait à la question que son mémoire a soulevées.

Hystérectomie vaginale. — M. Segond. J'ai depuis 1887 fait 160 hystérectomies vaginales pour fibrômes. M. Quénu a successivement parlé de la valeur de l'hystérectomie, de ses indications et de son manuel opératoire. Au point de vue de la valeur, je dirai avec M. Quénu qu'il y a des cas où elle doit être faite comme opération de choix, et sur mes 160 cas j'ai eu 24 cas de morts, mais de morts explicables par les cas graves dans lesquels elles se sont produites.

Depuis le dernier Congrès de chirurgie, l'hystérectomie vaginale a fait des progrès et M. Quénu le reconnaît. Au point de vue des indications, on a dit que j'avais été trop

loin, en réservant l'opération aux fibrômes ne dépassant pas l'ombilic. M. Quénu indique une limite un peu moins élevée. Nous différons peu à cet égard.

Dans les contre-indications M. Quénu insiste sur la rigidité du vagin et la non réductibilité de la tumeur. Il est certains vagins, par étroitesse, chez les vierges, ou par sclérose chez les vieilles femmes, qui ne permettent pas l'hystérectomie vaginale.

Une contre-indication matérielle peut tenir à ce que l'on a affaire à une tumeur fibreuse unique ou à des tumeurs fibreuses multiples. Il y a une différence de difficultés considérable. Les dernières étant beaucoup plus difficiles.

Au point de vue du manuel opératoire, Quénu m'a paru absolu dans ses règles. Il ne fait jamais l'hématose préventive des utérines, il a soin d'énucléer tous les fibrômes et de respecter le tissu même de l'utérus. Il a de plus l'habitude absolue de placer ses pinces sur les ligaments larges. Je fais, moi, toujours l'hématose préventive des ligaments larges. Quant à la méthode d'énucléer et non de morceler l'utérus, je ne suis pas d'accord avec M. Quénu. Je crois qu'il faut morceler; il faut, comme le voulait Péan, morceler pour réduire le volume de l'utérus, quelle que soit l'incision que l'on fasse, et cette incision sera ce qu'elle peut être dans la plupart des cas. Je fais le pincement des utérines, je me débarrasse du col, puis arrivé sur le corps utérin bourré de fibrômes, je le morcelle dans tous sens où je peux, comme je peux, jusqu'à ce que le volume soit suffisamment réduit pour venir sortir en s'incurvant à la vulve.

M. Reynier. Il me semble que l'ablation par la voie vaginale offre moins de danger que la voie abdominale, ce qui me semble un argument plus important que l'absence de cicatrice. Cependant dans les gros fibrômes, l'opération par la voie vaginale devient beaucoup plus longue, beaucoup plus difficile et par suite beaucoup plus dangereuse; aussi je crois que dans ces cas l'hystérectomie abdominale totale devient préférable.

Les fibrômes moyens seront justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Quant au placement des pinces, il sera ce qu'il pourra, tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut et parfois des deux côtés à la fois.

M. Pozzi. Au point de vue des indications de l'hystérectomie vaginale, je partage l'opinion de M. Segond et je n'admets comme limite que l'ombilic.

Quant au placement des pinces, si l'utérus s'abaisse facilement, je ne fais pas la forcipressure inférieure; dans le cas contraire et surtout si le col utérin est long, je fais la forcipressure préalable des utérines.

Kyste hydatique du poumon. — Présentation de radiographies par M. Tuffier.

Corps étranger de la vessie. — M. Picqué présente une épingle à cheveux.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Divorce et suicide.

« Beautés nouvelles de la statistique :

« On a écrit qu'à Paris le nombre des divorces et celui « des suicides sont à peu près égaux. De là à conclure que « les divorcés meurent par désespoir, il n'y avait qu'un « pas. Un journal médical l'a franchi sur la béquille d'une « hypothèse. Mais rien ne prouve, chers docteurs, que ce « ne sont pas ceux à qui le plaisir du divorce est refusé qui « se suicident. »

L'information précédente extraite d'un journal politique indiquant qu'une hypothèse aurait été émise sur ce thème par un journal médical, que l'échotier ne cite du reste pas, il m'a semblé intéressant de chercher d'abord: 1° si le fait brutal de l'égalité du nombre des suicides et des divorces à Paris chaque année était exact.

2° S'il était possible d'étayer sur autre chose que des sentiments une concordance entre le suicide et le divorce.

Le divorce n'existant en France que depuis 1885, il n'est pas possible de faire sur ce point des recherches sur un grand laps de temps; nous ne pouvons, par conséquent, trouver de documents statistiques sur ce point que depuis cette date.

Si nous recherchons quelle a été la marche simultanée du suicide et des divorces à Paris depuis 1885, nous trouvons les chiffres suivants :

Années 1885	867 suicides,	1.242 divorces.
— 1886	893 —	488 —
— 1887	899 —	799 —
— 1888	856 —	1.099 —
— 1889	879 —	1.195 —
— 1890	896 —	1.378 —
— 1891	1.031 —	1.402 —
— 1892	960 —	1.244 —
— 1893	954 —	1.342 —
— 1894	1.052 —	1.234 —
— 1895	967 —	1.501 —
— 1896	870 —	1.579 —
	11.074	14.503

De ce tableau il ressort que du moins sur le premier point l'assertion est inexacte : pendant ces 12 années la moyenne des suicides a été par an de 923 et celle des divorces de 1.208, chiffres qui ne concordent nullement.

Existe-t-il cependant une relation entre ces deux facteurs *suicide* et *divorce*?

Oui, si on veut seulement dire que les unités de ces deux ordonnées, se recrutant dans le même milieu, ont entre elles une certaine relation.

Il est certain qu'aussi bien les suicidés que les divorcés se recrutent d'ordinaire dans une catégorie d'individualités suspectes de dégénérescence mentale, et partant généralement désiquilibrées.

Non, si on veut établir que les *suicidés* sont généralement des divorcés.

Dans la première hypothèse, examinons à Paris la marche du suicide et du divorce d'une part; d'autre part celle du développement des affections mentales dans la capitale de la France.

Si nous sectionnons cette étendue de douze ans en périodes triennales nous obtenons les moyennes suivantes :

1re période	1885 à 1887....	869 suicides.	843 divorces.
2e —	1888 à 1890....	877 —	1.220 —
3e —	1891 à 1893....	981 —	1.329 —
4e —	1894 à 1896....	963 —	1.438 —

Ainsi, tandis que le divorce suit une marche régulièrement et rapidement ascensionnelle, le suicide monte lentement, pour dans la 4e période diminuer légèrement.

Quelle est pendant ce temps la statistique des Asiles d'aliénés de la Seine?

Le nombre des aliénés présents dans les asiles d'aliénés de la Seine était :

En 1885	de 9.756	En 1891	de 11.547
1886	» 10.191	1892	» 11.731
1887	» 10.400	1893	» 11.922
1888	» 10.687	1894	» 12.502
1889	» 11.133	1895	» 12.653
1890	» 11.353		

Pendant cette période le nombre d'aliénés présents a donc subi une marche régulièrement ascensionnelle comme le divorce, et comme le suicide. On peut donc penser que ces deux états d'âme frappent la même catégorie d'individus, mais il est impossible de l'affirmer cependant.

Dans la seconde hypothèse les suicidés sont-ils généralement des divorcés? nous devons répondre, *non certainement.*

En effet, quelle est pendant la même période d'années l'état civil des suicidés? Les annuaires statistiques vont nous répondre :

En 1885, sur 817 suicidés, nous avons 271 célibataires, 354 mariés, 149 veufs et 0 divorcé.

En 1886, sur 893 suicidés, 344 célibataires, 343 mariés, 169 veufs et 0 divorcé.

En 1887, sur 899 suicidés, 302 célibataires, 384 mariés, 192 veufs et 0 divorcé.

En 1888, sur 856 suicidés, 319 célib., 374 mariés, 140 veufs et 0 divorcé.

En 1889, sur 879 suicidés, 335 célib., 348 mariés, 62 veufs et 0 divorcé.

En 1890, sur 896 suicidés, 324 célib., 370 mariés, 165 veufs et 5 divorcés.

En 1891, sur 1.031 suicidés, 370 célib., 438 mariés, 188 veufs et 7 divorcés.

En 1892, sur 960 suicidés, 348 célib., 363 mariés, 201 veufs et 11 divorcés.

En 1893, sur 954 suicidés, 342 célib., 372 mariés, 192 veufs et 5 divorcés.

En 1894, sur 1.052 suicidés, 375 célib, 423 mariés, 182 veufs et 9 divorcés.

En 1895, sur 967 suicidés, 349 célib., 374 mariés, 182 veufs et 19 divorcés.

Soit au total pendant ces 11 années (les documents statistiques ne nous donnant pas encore ce renseignement pour 1896) :

Pour 10.204 suicidés, 3.679 célib., 4.143 mariés, 1.819 veufs, 56 divorcés et 507 d'état civil inconnu, ce qui fait une proportion approximative de 30 0/0 célib., 40 0/0 mariés, 17 0/0 veufs, 0,50 0/0 divorcés et 7.50 0/0 état civil inconnu.

Que représente cette proportion comparée annuelle de la population entière de Paris? Pour la même raison que nous n'avons pu faire entrer en ligne de compte l'année 1896 dans nos calculs, nous sommes obligés de nous en tenir aux résultats du recensement quinquennal de Paris en 1891. Or, à cette époque (après six ans de l'application de la loi Naquet) sur 2.424.705 habitants, Paris comptait 10.425 divorces, soit une proportion de 0,46 p. 100 sensiblement égale à la moyenne 0,50 p. 100 (de 1885 à 1895).

Nous pouvons donc avancer, sans crainte de nous tromper, que s'il existe un rapport moral entre le *suicide* et le *divorce*, rapport basé sur la similitude de l'état psychique des individualités susceptibles de se rencontrer parmi les suicidés et les divorcés, il n'existe rien qui puisse permettre de conclure que le *divorce* prédispose au *suicide*.

NOUVELLES

—

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours du prosectorat, qui doit s'ouvrir le mardi 24 mai, est constitué comme suit : MM. Guyon, Duplay, Richet, Berger et Terrier.

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris qui doit s'ouvrir le 23 mai, est composé de MM. Bonnaire, Champetier de Ribes, Descroizilles, Delens, Doléris, Pinard et Ribemont-Dessaignes.

Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 26 mai, est composé de : MM. Berger, Broca, Duplay, Kirmisson, Gouraud, Michaux et Schwartz.

Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 3 juin, est provisoirement composé de : MM. Huchard, Mathieu, Rendu, Robin, Labadie-Lagrave, Tennesson et Tuffier.

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Parmentier, Boulloche et Méry.

— **Ecole de médecine de Besançon.** — M. le Dr Baigue (Maurice) est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Médecins députés. — En faisant le relevé des médecins élus députés le 8 mai, nous avons oublié le Dr Choquinet, de Crépy-en-Valois (Oise).

Voici, sauf omission, le nom des confrères élus au scrutin de ballottage du 22 mai :

Seine. — Paris : Dr Chassaing, radical; Dr Levraud, radical; Dr Dubois, radical; Dr Vaillant, socialiste.

Bouches-du-Rhône. — Marseille : Dr Chevillon, radical.

Cantal. — Murat : Dr Peschaud, radical.

Corrèze. — Tulle : Dr Vacher, socialiste revisionniste.

Dordogne. — Ribérac : Dr Pourteyron, républicain; Sarlat : Dr Sarrazin, républicain.

Loiret. — Montargis : Dr Vazeilles, radical.

Lot. — Cahors : Dr Rey, républicain.

Meurthe-et-Moselle. — Toul : Dr Chapuis, radical.

Rhône. — Lyon : Dr de Lanessan, radical.

La Martinique. — Dr Duquesnay, radical.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin principal Drago passe, sur sa demande, du port de Cherbourg à celui de Toulon.

M. le Dr Bohéas, du cadre de Toulon, et qui vient d'être promu au grade de médecin principal, est appelé à continuer ses services à Cherbourg.

M. le médecin de première classe Branellec, médecin-major au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest, est désigné pour servir, en la même qualité, aux troupes à la Martinique (emploi créé).

M. le médecin de deuxième classe Duranton, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, est destiné aux troupes en Crète (supplément d'effectif).

M. Philip, médecin de première classe de réserve, du port de Lorient, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

M. le médecin de deuxième classe Lowitz, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, est destiné aux troupes en Crète, en remplacement de M. le Dr Bavay, rentrant en France pour cause de santé.

M. le Dr Barallier, médecin principal de la marine, en retraite, nommé médecin principal de l'armée de mer par décret du 17 mai 1898, est affecté, en cas d'appel, au port de Toulon.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : 1 MM. Cauvet, 2 Trabaud, 3 Négadelle, 4 Alix (P. M.), 5 Prat, 6, Curet, 7 Alix (L.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : 1 MM. Vallot, 2 Reboul, 3 Fortoul, 4 Percheron, 5 Arami.

3° Médecins de deuxième classe : 1 MM. Duranton, 2 Mesny, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Binard.

Les malades riches et la Maison Dubois. — Nous extrayons de la *Gazette des Hôpitaux* cet article que nous approuvons absolument :

« Au moment où le nouveau directeur de l'Assistance publique vient de s'installer et de prendre possession de ses différents services, il nous saura gré de lui signaler quelques défectuosités qui contribuent à grever le budget qu'il a la difficile mission d'équilibrer.

« Il existe à Paris une maison appartenant à l'Assistance publique et fonctionnant à l'aide de ses deniers, qu'on désigne sous le nom de Maison municipale de santé, ou plus habituellement sous le nom de Maison Dubois. Cet établissement faillit, il y a deux ans à peine, être supprimé. Mais il résista à l'assaut qui fut tenté contre lui. Fut-ce à tort ou bien avec raison que la pioche des démolisseurs respecta l'immeuble menacé ? C'est là un sujet d'études approfondies qu'il serait possible de mener à bien à l'aide de documents précis.

« La Maison Dubois est destinée à une clientèle de malades peu fortunés qui redoutent l'hôpital, mais qui ne peuvent faire chez eux les frais d'un traitement coûteux. Cette catégorie très intéressante de malades, fonctionnaires, employés, commis, travailleurs de toutes sortes, classe de gens ni pauvres ni riches, devait attirer l'attention de l'Assistance publique. Ce n'est pas sans raison qu'on a créé pour eux un établissement spécial, mi-hôpital, mi-maison de santé, où ces malades peuvent trouver les soins de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, tout en évitant les promiscuités pénibles de la salle commune. Mais si des malades aisés pénètrent et se glissent honteusement dans nos hôpitaux, à la Maison Dubois ils pénètrent en maîtres, la tête haute. Ils sont chez eux, puisqu'ils paient.

« C'est de ces malades que nous voulons parler aujourd'hui, et, au hasard, voici deux ou trois exemples de malades pris dans le nombre.

« Une dame A..., habitant la province, atteinte d'un volumineux fibrome utérin, vient consulter à Paris. Elle cherche comment éviter les honoraires chirurgicaux, sans toutefois entrer à l'hôpital. La maison Dubois est tout indiquée. La malade y est opérée et guérie. Elle a acquitté les droits de 6 à 7 francs par jour. Elle est en règle vis-à-vis de l'Assistance publique. Mais celle-ci est-elle quitte vis-à-vis du corps médical en ayant hospitalisé une malade, notable commerçante d'une grande ville, qui avouait qu'elle eût pu payer des honoraires dont se seraient contentés maints chirurgiens, et non des moins habiles? Ce que confirma d'ailleurs le médecin de son pays, qu'elle fit venir pour assister à l'opération.

« Un autre malade vient trouver l'un des chirurgiens de la Maison et lui tient très ouvertement ce langage : « Docteur, j'ai une certaine aisance et je paierais facilement les 2.000 francs nécessaires pour l'opération que je dois subir. Mais je serais bien naïf, alors que je puis être débarrassé gratuitement de mon infirmité à la Maison Dubois, de dépenser quoi que ce soit. Cela me permettra de faire en Suisse un excellent voyage de convalescence. » Et ledit malade prend un appartement où il loge, lui et sa femme, pour 12 francs par jour, enchanté du bon accueil que l'Assistance publique de Paris lui a réservé, à lui provincial aisé et malin.

« Cette fois, il s'agit d'un jeune Parisien, fils de notables industriels dont le nom est fort connu sur la place de Paris: la maison paternelle est immense, fort renommée, elle occupe plusieurs centaines d'ouvriers, mais l'économie y règne en maîtresse et les cordons de la bourse y sont fortement serrés. Survient une appendicite grave, avec accidents hépatiques. Vite à la Maison Dubois, où le malade est opéré et guéri aux frais de l'Administration.

« Si la maison Dubois, hôpital payant, couvrait ses dépenses par ses recettes et équilibrait son budget, il n'y aurait de lésés que les médecins, chirurgiens, pharmaciens, garde-malades et maisons de santé de la ville. Mais la Maison Dubois est une lourde charge pour le budget de l'Assistance publique. L'hospitalisation de ces malades est donc nuisible aux intérêts de tous.

« On dit que le nouveau directeur est bien pénétré de l'idée que l'hôpital appartient aux seuls pauvres; nul doute alors qu'il ne fasse rechercher les modifications qui pourraient être apportées au fonctionnement de la Maison municipale de santé. »

Nécrologie. — M. Armand, médecin à Bordeaux, décédé à l'âge de 56 ans. — Le Dr Ducoudray, sénateur radical de la Nièvre. — Le Dr Chauvel, de Quimper (Finistère), reçu en 1865. — Le Dr Martin (Jean-André), de Troyes, reçu en 1891. — Le Dr Arnal, de Broquiès (Aveyron), reçu en 1889. — Le Dr Laffon, de Claira (Pyrénées Orientales), reçu en 1895. — Le Dr Lisbonne (Joseph), d'Aix en Provence, décédé à l'âge de 83 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose :* 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*